

Kommentare zu den fünf Forderungen des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit

Forderung 1: Die ersatzlose Streichung des § 218 aus dem deutschen Strafgesetzbuch Denn das bedeutet: keine Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland mehr

Argumentationen aus Fachkreisen

- ◆ Zwangsberatung erschwert den Frauen den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und den Beraterinnen den Zugang zu den Frauen
- ◆ gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit zwischen Beratung und medizinischer Behandlung ist in der Medizin unüblich, stattdessen ist Standard: Vertrauensarzt/-ärztin führt Eingriff nach Vorgespräch / Untersuchung durch
- ◆ Annahme, dass eine willkürlich lange Bedenkzeit einen überwiegend positiven Effekt hätte und Abbrüche reduzieren würde, trifft nicht zu
- ◆ Beispiel Kanada: Schwangerschaftsabbruch einer ungewollten Schwangerschaft ist eine ärztlichen Behandlung und bedarf keiner gesetzlichen Einmischung

Was passiert nach der Streichung?

- ◆ Änderung der angrenzenden gesetzlichen Regelungen (§219 StGB, SCHKG, SFHÄndG u.a.)
- ◆ Staatlich finanzierte freiwillige Beratung (keine Zwangsberatung gem. §219 StGB mehr) bei:
 - ambivalenten Schwangerschaften
 - finanziellen Fragen zur Unterstützung der Familie
 - Partnerschaftskonflikten etc.
- ◆ Keine Zwangsbedenkzeit zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs mehr
- ◆ Ungehinderter Zugang zum Schwangerschaftsabbruch als medizinische Behandlung / Dienstleistung
- ◆ Ziel: Finanzierung des Schwangerschaftsabbruches durch Krankenkassen für alle Frauen, unabhängig vom Einkommen

Einhergehende Forderungen

- ◆ Kostenübernahme für Verhütungsmittel und Pille danach für alle
- ◆ flächendeckende, staatlich finanzierte Sexualaufklärungsprogramme
- ◆ staatlich garantierte und finanzierte Kinderbetreuung, u.a. auch für Eltern in Schichtarbeit flexible Betreuungsmodelle bereit stellen

Forderung 2: Rezeptfreier Zugang zur Pille danach auf Levonorgestrelbasis

Das Festhalten an der Rezeptpflicht der LNG-Pille widerspricht der Umsetzung internationaler evidenzbasierter wissenschaftlicher Erkenntnisse und langjähriger Erfahrung

mit der Methode. Die Entlassung aus der Rezeptpflicht ist gut begründbar und lange überfällig. Deutschland gehört zu den wenigen europäischen Ländern, die vorliegende Erkenntnisse nicht konsequent in die Praxis umsetzen.

Seit mehr als drei Dekaden gibt es Erfahrungen mit der hormonellen Postkoitalmethode. Zur rezeptfreien Abgabe der Pille danach auf Levonorgestrelbasis (LNG) existieren in Europa Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse aus bereits etwa 15 Jahren. Zahlreiche internationale Studien - auch von der Weltgesundheitsorganisation - haben die hohe Sicherheit von LNG in der Anwendung als Postkoitalmethode belegt. Die sichere Anwendung und die positiven Erfahrungen haben dazu geführt, dass die Pille danach inzwischen in 28 europäischen Ländern und weltweit in mindestens 80 Ländern rezeptfrei und damit niedrigschwellig verfügbar ist. Der deutsche „Sonderstatus“ stellt eine nicht nachvollziehbare Benachteiligung von Frauen in unserem Land dar.

- Levonorgestrel wirkt umso effektiver, je früher es nach ungeschütztem Sexualkontakt eingenommen wird. Durch die Rezeptpflicht wird eine schnelle und zeitgerechte Verfügbarkeit behindert. Der obligate Arztbesuch bzw. Klinikbesuch mit beschränkten Öffnungszeiten oder langen Wartezeiten stellt eine zeitliche Verzögerung, wenn nicht sogar eine prinzipielle Hemmschwelle dar.
- Levonorgestrel ist für die Anwendung zur Nachverhütung medizinisch unbedenklich und erfüllt die Kriterien für die rezeptfreie Abgabe seit vielen Jahren - auch für Jugendliche. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat bereits im Jahr 2003 die Aufhebung der Rezeptpflicht empfohlen. Im Frühjahr 2014 wurde diese Einschätzung bei einer erneuten Überprüfung vom zuständigen Sachverständigenausschuss Verschreibungspflicht des BfArM bestätigt. Levonorgestrel ist ein sehr gut untersuchtes und nebenwirkungsarmes Arzneimittel. Es gibt kein Risiko der Überdosierung, keine wesentlichen Interaktionen mit anderen Arzneimitteln.
- Die Pille danach bewirkt keinen Schwangerschaftsabbruch. Bei einer versehentlichen Einnahme in der Schwangerschaft sind keine negativen Auswirkungen auf den Embryo und den Schwangerschaftsverlauf zu befürchten.
- Die internationale Studienlage belegt, dass schriftliche Informationen zur Anwendung der Pille danach auch von Jugendlichen gut verstanden werden. Die Einnahme erfolgt auch ohne ärztliche Intervention korrekt.
- Die rezeptfreie Pille danach hat in den jeweiligen Ländern nicht zu einem veränderten Verhütungsverhalten (z.B. Verzicht regulärer Verhütungsmethoden) und nicht zu einer Zunahme von riskantem Sexualverhalten geführt.
- Insbesondere in Regionen, in denen sich überwiegend konfessionell geführt an der Regelversorgung beteiligt wird, ist bei der aktuellen Regelung die Versorgung mit der Pille danach an Wochenenden und Feiertagen nicht sichergestellt. Bis heute geben Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft in einigen Regionen die Pille danach nur nach Vergewaltigung der Frau aus.
- Entgegen anders lautender Aussagen führt die Aufhebung der Rezeptpflicht nicht zu einer Zunahme von ungewollten Schwangerschaften bzw. der Schwangerschaftsabbrüche.
- Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen: Häufig ist eine Panne mit dem eigentlich angewendeten Verhütungsmittel Pille oder Kondom der Grund für Postkoitalverhütung. Für das Profil der Nutzerin zeigt das, Frauen bzw. Paare verhüten mehrheitlich und können selbst am besten einschätzen, ob sie im individuellen Fall die Pille danach benötigen.

Entgegen anders lautender Aussagen ist ein Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Wirksamkeitsverlust nicht belegt. Die Europäische Zulassungsbehörde EMA hat diese Frage

geprüft und kommt im Juli 2014 zu dem Schluss, dass die Pille danach (auf Levonorgestrel- und Ulipristalacetat-Basis) unabhängig von Gewicht oder Body Mass Index (BMI) zur Notfallverhütung angewendet werden kann und die vorliegende Datenlage keine Einschränkungen der Anwendung auf Grund erhöhten Körpergewichts/BMI rechtfertigen.

Forderung 3: Eine interdisziplinär angelegte Forschung zur körperlichen Selbstoptimierung, und die Veröffentlichung aller Daten zu durchgeführten kosmetischen Eingriffen, deren Art und Umfang, Alter der Patientinnen, Indikationen und Komplikationen, sowie die Förderung von Kurs- und Beratungsangeboten, die Mädchen und Frauen dabei unterstützen ein positives Körperempfinden zu entwickeln.

Die Durchführung von Schönheitsoperationen – medizinische Eingriffe an Gesunden - sind ein finanziell äußerst lukrativer und rasant expandierender Markt; je nach Quelle und Zählweise wurden in Deutschland 2013 zwischen 300.000 und 900.000 Eingriffe vorgenommen. Eindeutige und gesicherte Zahlen liegen jedoch nicht vor. Rund 95% der Eingriffe werden rein privatwirtschaftlich erbracht, sind keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC) führte zwar Repräsentativbefragungen durch, erhebt jedoch nicht alle Daten, außerdem werden nicht alle kosmetischen Operationen durch Mitglieder der DGPRÄC durchgeführt. Gemeldet werden müssen bisher lediglich medizinische Behandlungen nach Komplikationen.

Veränderte Schönheitsideale, wie „schöne, glatte Haut“ führen zu veränderten Körperpraktiken, wie bspw. Intimirasur. Eine enthaarte Intimregion legt wiederum den Blick frei auf den Genitalbereich, der nun auch an idealisierten Vorstellungen gemessen wird und bei vermeintlichem Makel chirurgisch verändert wird, unter anderem durch die Verkleinerung der Labia minora (innere „Schamlippen“).

Die Zunahme an schönheitschirurgischen Eingriffen ist im Zusammenhang mit medial erzeugten Idealbildern von (Frauen-)Körpern und Geschlechterstereotypen, Ängsten vor sozialer Ausgrenzung, Wunsch nach Anerkennung und Attraktivitätssteigerung, und medizinischen Möglichkeiten zu sehen. Bereits viele 9-jährige Mädchen fühlen sich zu dick und hässlich. Sie lernen, dass ihre Körper permanent bewertet werden, deshalb bei Nichtgefallen verändert und perfektioniert werden sollten. Wenn eigene Zufriedenheit, soziale Anerkennung und Lebensfreude an die Herstellung eines möglichst makellosen Körper gekoppelt werden, entstehen negative Selbstbilder und Überforderung.

Exakte Daten über alle durchgeführten kosmetischen Eingriffe und Operationen, über Art und Umfang der Eingriffe, Alter der Patientinnen, Indikationen, aber auch über dabei entstandene Komplikationen sowie über Nachbehandlungen von im Ausland durchgeführten Eingriffen fehlen. Ebenso wenig sind körperliche und psychische (Langzeit-)Folgen dieser Operationen hinreichend erforscht. Frauen und Mädchen stehen bisher keine unabhängigen zielgruppeneigneten und evidenzbasierten Informationen zu Risiken zur Verfügung. Mädchen und Frauen brauchen geeignete Kurs- und Beratungsangebote, die sie dabei unterstützen, eine positive Selbstwahrnehmung und ein positives Körperempfinden jenseits von bestimmten Schönheitsidealen zu entwickeln.

Forderung 4: Gesundheitsinformationen, die so gestaltet sind, dass sie informierte Entscheidungen ermöglichen

Vermittlung zu Fragen, die ihre Gesundheit, Krankheit und medizinische Interventionen betreffen.

Dieser Grundsatz wurde schon im Leitfaden Gute Praxis Gesundheitsinformation, der in der Federführung des Deutschen Netzwerks Evidenz-basierte Medizin erarbeitet wurde, festgeschrieben. Qualitativ-hochwertige Patienten/-innen-Informationen sind Voraussetzung, um Autonomie im Sinn von Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und einer informierten Entscheidungsfreiheit zu stärken.

Was ist eine gute Gesundheitsinformation?

Die Information soll verständlich, aktuell, unverzerrt und verlässlich sein. Sie hat das Ziel, den Patienten oder die Patientin alleine oder mit einem Arzt /Ärztin zu einer informierten Entscheidung zu befähigen.

Eine gute Information orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten /-innen und enthält demnach auch die für diese Zielgruppe relevanten Fakten. Sie ist verständlich für die Zielgruppe. Dies beinhaltet, Fremdworte zu erklären oder zu vermeiden, und bedeutet in besonderem Maße auch einen sorgsam Umgang mit Zahlen und statistischen Ergebnissen. Die Art und Weise der Faktendarstellung kann falsche Schlüsse nahe legen, je nachdem, wie sie präsentiert werden.

Medizinische Studien werden mehrheitlich in englischer Sprache veröffentlicht, eine Zurverfügungstellung in deutscher Sprache ist wichtig.

Gute Informationen sind Evidenz basiert statt Eminenz basiert, das heißt, sie gründen nicht auf den Erfahrungen einiger Koryphäen, sondern basieren auf den Ergebnissen qualitativ hochwertiger Studien, im besten Fall aktueller Übersichten.

Die Information ist ausgewogen und stellt alle Vor- und Nachteile, alle Chancen und Risiken ausführlich und gleich gewichtet dar.

Die Information ist unabhängig erstellt worden. Wenn Interessengruppen wie zum Beispiel Pharmafirmen Sponsoren von Informationen sind, ist die Unabhängigkeit in Frage gestellt. Inhalte können verändert werden oder /und kritische Aspekte bzw. Studienergebnisse bleiben unerwähnt. Dieser Effekt lässt sich nachweisen. Bestehende Interessenkonflikte wie beispielsweise kommerzielle Verbindung zwischen Pharmaherstellern und Verfassern oder Anbietern von Gesundheitsinformationen sind transparent zu machen. Alle Studiendaten müssen für eine Bewertung offen gelegt werden.

Das Internet gewinnt auf der Suche nach Gesundheitsinformationen zunehmend an Bedeutung und ist bereits heute ein zentrales Instrument zur Recherche bei der Mehrzahl der internetnutzenden Bevölkerung in der EU. Dies macht die Bedeutung eines transparenten und barrierearmen Zugangs zu unabhängigen Gesundheitsinformationen im Internet deutlich.

Forderung 5: Barrierefreie gynäkologische Vorsorge und Versorgung im Rahmen der selbstbestimmten, freien Arztwahl einschließlich der Möglichkeit zur Teilnahme an allen evidenzbasierten Maßnahmen zur Früherkennung für Frauen mit Behinderung und die Schaffung von Anreizen für Ärztinnen und Ärzte, um dies zu ermöglichen.

Obgleich § 76 SGB V allen Versicherten die freie Arztwahl zusichert, können behinderte Frauen an der gynäkologischen Versorgung häufig nicht gleichberechtigt partizipieren. Die Bundesrepublik hat sich mit der Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bereits vor fünf Jahren verpflichtet, die fundamentalen Menschenrechte für behinderte Menschen umzusetzen. Dennoch wird im Gesundheitswesen häufig zugunsten ökonomischer Interessen und auf Kosten von Menschenrechten gehandelt. Artikel 25 UN-BRK fordert explizit „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.“ Artikel 25 schließt das Recht auf geschlechtsspezifischen Zugang zu Gesundheitsdiensten ausdrücklich ein.

Es gibt vielfältige Barrieren,

1. Physische Barrieren
2. Kommunikative Barrieren
3. Einstellungen
4. Unzureichendes Fachwissen
5. Behinderung ist grundsätzlich keine Krankheit/kein medizinisches Problem.
6. Auch kulturelle Barrieren und Barrieren aufgrund unterschiedlicher Muttersprachlichkeit gilt es zu überwinden

Unerlässliche Voraussetzungen sind neben baulichen Veränderungen und der Fort- und Weiterbildung die Gewährleistung eines angemessenen Zeitrahmens. In der Regel ist der Zeitaufwand für Untersuchung und Behandlung behinderter Frauen höher als der der vergleichbaren Altersgruppe.

Dieser Zeitaufwand muss niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen entsprechend vergütet werden. Andernfalls führt dies dazu (wie Erfahrungen aus Berlin belegen), dass Ärztinnen und Ärzte ihre komplett barrierefrei gestalteten Praxen aus den veröffentlichten Informationen für behinderte Menschen streichen lassen. Ärztinnen und Ärzten, die freiwillig ein inklusives Angebot vorhalten, gereicht dies bei entsprechender Annahme von behinderten Patientinnen zum Nachteil. Höhere Investitionsausgaben (in Untersuchungsmobiliar und Fortbildung) amortisieren sich nicht nur langsamer, sondern gleichzeitig gehen sie mit sinkenden Einnahmen einher, weil der höhere Zeitaufwand relativ schlechter vergütet wird.